FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1977

Paralizia recidivantă a oculo-motorilor

(Migrena Oftalmoplegică)

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 29 Octombrie 1923

DE

MEDIC LT. PÂRLEA GH. GHEORGHE

Din Institutul sanitar militar

BUCUREŞTI

Atelierele grafice SOCEC & Co., Societate Anonimă

1923

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1977

Paralizia recidivantă a oculo-motorilor

(Migrena Oftalmoplegică)

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 29 Octombrie 1923

DE

MEDIC LT. PÂRLEA GH. GHEORGHE

Din Institutul sanitar militar

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

BUCUREŞTI

Atelierele grafice SOCEC & Co., Societate Anonimă

1923

41844.

INSTITUTUL MEDICO-SANITAR MILITAR
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 72854

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-l Profesor Dr. MINOVICI M.

PROFESORI TITULARI:

Clinica II-a chirurgicală	D-l	Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„	„	*Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„	„	*Bălăcescu I.*
Anatomia patologică	„	„	*Babeș V.*
Bacteriologia și patologia experimentală			
Istologia normală și Istogeneză	„	„	*Besnea St.*
Medicina experimentală	„	„	*Cantacuzino I.*
Clinica ginecologică	„	„	*Daniel C.*
Clinica II-a medicală	„	„	*Danielopol D.*
Anatomia topografică II	„	„	*Gerota D.*
Farmacia chimică și galenică	„	„	*Georgescu M.*
Clinica și teoria obstetricală	„	„	*Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I	„	„	*Ionescu Th.*
Clinica I-a chirurgicală			
Clinica III-a medicală	„	„	*Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„	„	*Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„	„	*Jianu A.*
Farmacologia și materia medicală	„	„	*Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„	„	*Mețianu N.*
Clinica boalelor nervoase	„	„	*Marinescu Gh.*
Chimia analitică	„	„	*Minovici Șt.*
Clinica infantilă	„	„	*Manicatide M.*
Igiena și poliția sanitară	„	„	*Mezincescu D.*
Medicina legală	„	„	*Minovici M.*
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„	„	*Manolescu D.*
Clinica I-a medicală	„	„	*Nanu-Muscel I.*
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„	„	*Nicolau Șt.*
Clinica mentală	„	„	*Obregia Al.*
Fisiologia umană	„	„	*Paulescu N.*
Patologia generală	„	„	*Proca Gh.*
Anatomia descriptivă și Embriologia	„	„	*Rainer Fr.*
Zoologia medicală	„	„	—
Botanica medicală	„	„	*Solacolu T.*
Patologia medicală	„	„	*Thomescu I. Th.*
Clinica terapeutică	„	„	*Theohari A.*
Analiza alimentelor și băuturilor	„	„	*Vintilescu I.*

PROFESORI AGREGAȚI:

Medicină operatoare	D-l	Dr.	*Constantinescu C.*

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte D-l Profesor Dr. *Manolescu D.*

Membrii

„	„	„	*Obregia Al.*
„	Confer.	„	*Răsvan N.*
„	„	„	*Butoianu M.*
„	Docent.	„	*Radovici A.*

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici desaprobare.

PREFAŢĂ

Inaintea modestei mele lucrări, aduc viile mele mulţumiri şi recunoştinţă tuturor acelor vrednici dascăli cari în şcoala primară, gimnaziu şi liceu mi-au instruit şi educaţ sufletul, până la ultimii mei profesori universitari cari m'au dat societăţii ca cetăţean format.

Aduc prinosul meu de recunoştinţă D-lui Profesor Dr. Manolescu care mi-a încredinţat lucrarea de faţă, ajutându-mă cu multă bunăvoinţă în lămurirea unor texte, cu claritatea expunerei ce'l caracterizează şi'n cursul D-sale de lecţii şi clinică.

Mulţumesc D-lui Prof. D-r Obregia Al., D-lor D-ri Răsvan, Rădovici şi Medic general Dr. Butoianu pentru bunăvoinţa ce au avut de a primi să facă parte din juriul examinator şi îndrumarea pe calea nouă ce păşesc de acum.

G. Pârlea.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0067

INTRODUCERE

Paralizia recidivantă a nervilor oculo-motori, cum o numesc Manz, Mauthner, sau paralizia periodică oculo-motrice după Ioachim, Senator, sau Migrena oftalmoplegică după Charcot, este o maladie foarte rară şi literatura oftalmologică şi neurologică nu numără nici 150 de cazuri până în prezent.

Maladia atinge mai des sexul femenin decât sexul bărbătesc.

In cursul anului 1922—1923 prezentându-se la clinica oftalmologică din spitalul Colţea 2 cazuri au fost studiate şi urmărite câtva timp, dat fiind raritatea lor cât şi obscuritatea în care se găseşte ştiinţa medicală asupra etiologiei şi patogeniei boalei, am găsit nimerit a lua ca subiect de teză, studiul acestei afecţiuni.

Evident că mica noastră contribuţiune la studiul paraliziei recidivante a motorilor oculari este numai de ordin clinic. Prezentând observaţiunile celor două cazuri, ea nu poate lumina întru nimic patogenia turburărilor: nefiind vorba de examen anatomo-patologic.

Inainte de expunerea observaţiunilor, voiu face o mică descripţie a simptomatologiei, anatomo-patologiei şi patogeniei, aşa cum e prezentată de diferiţi autori ce-au studiat această afecţiune şi aşa cum rezultă din analiza observaţiunilor întâlnite în literatură.

Terminând lucrarea am insistat mai ales asupra bibliografiilor recente.

Istoric

Paralizia recidivantă a oculo-motorului comun a fost studiată pentru prima dată de Gubler în 1860, apoi Moebius 1885, Senator 1887, Manz 1889, Charcot 1890, și alții în urmă.

Raritatea maladiei cum am spus și'n deosebi raritatea extremă a cazurilor letale, face ca origina afecțiunei să fie obscură, mai ales că și la autopsiile practicate pe câteva cazuri, leziunile anatomo-patologice găsite, diferă mult între ele.

In ultimii 2 ani însă literatura medicală s'a îmbogățit cu noi cazuri de paralizie recidivantă a mușchilor ochilor, cele mai multe din ele interesând perechea a III iar a VI numai în vr'o 3 cazuri.

Așa citâm observațiunea lui *Danis* care ar fi al 8-lea caz în care este prins și perechea a VI, *Souques* o observațiune, *Marin Amat* 2 observațiuni, *Guist* una, iar cazul nostru ar fi al XIII-lea.

Toate aceste observațiuni sunt de ordin clinic, căci în nici unul din ele nu găsim examene anatomo-patologice, cari ar fi putut să ne orienteze asupra patogeniei acestei afecțiuni, deși două cazuri au fost urmate de moarte.

SIMPTOMATOLOGIE

După descripţia autorilor clasici, maladia se prezintă cu un ciclu de 3 perioade bine distinse:

1) prima perioadă caracterizată prin migrenă, greţuri, vărsături;

2) a doua perioadă, sau de apariţie a fenomenelor paralitice şi

3) perioada de stadiu.

Maladia începe în copilărie, dela 1 an la 15 ani şi foarte rar ca în cazul lui Charcot, al nostru şi alţii după 30 de ani, îndepărtându-se de regulă. Accesele de migrenă fără paralizie precedă cu mult timp, până la stabilirea completă a maladiei.

Prima perioadă începe prin dureri surde la nivelul regiunei temporale şi a regiunei supra orbitare; aceste dureri se iradiază câteodată până la regiunea occipitală şi pot chiar să cuprindă jumătatea craniului; ele sunt unilaterale şi se 'ntovărăşesc de greţuri şi vărsături; durata lor în genere e dela câteva zile la mai multe săptămâni. Greţurile şi vărsăturile nu sunt de o constanţă absolută şi'n unele cazuri precedă apariţia simptomelor dureroase.

A doua perioadă, este marcată prin sfârşitul fenomenelor dureroase şi apariţia fenomenelor paralitice, localizându-se în majoritatea cazurilor pe muşchii inervaţi de oculomotor-comun, mai rar pe muşchiul drept extern inervat de perechea VI şi oblicul mare inervat de perechea IV; rare ori sunt prinşi în acelaş timp perechea III şi IV.

Paralizia se stabileşte brusc sau pe nesimţite iar durerile încetează imediat cu paralizia.

Paralizia poate să atingă deodată sau succesiv toţi muşchii, cum e cazul recent al lui M. Amat în care s'a prins şi perechea a VII-a; poate să rămână incompletă, poate să atingă inegal diferiţi muşchi, poate în sfârşit să se localizeze pe muşchii intrinseci şi să provoace midriaza şi paralizia acomodaţiunei.

Paralizia d'asemenea dispare brusc sau gradat; durata sa este foarte variabilă: dela 2 zile la mai multe luni. In unele cazuri s'au văzut să apară fenomene paralitice în acelaş timp cu fenomene dureroase sau chiar să le preceadă.

A treia perioadă de interval, toate simptomele dureroase şi paralitice dispar complet; această perioadă are d'asemenea o durată foarte variabilă, chiar la acelaş individ; poate să dureze câteva zile, mai multe luni şi chiar ani.

Alteori, în urma unui număr de accese, paralizia care până aici dispărea total nu face decât să se micşoreze în timpul perioadei de interval şi maladia se prezintă atunci sub forma paralitică cu exacerbaţiuni periodice.

Alăturea de aceste simptome capitale, simptome accesorii mai puţin frequente pot să se 'ntâlnească. S'a semnalat turburări de miros, micşorarea câmpului vizual, scotome scintillante, atrofii ale nervului optic, coroidită perimaculară fenomene gloancomatoase, hipo sau hiperestezia trigemenului, paralizii faciale, turburări auditive, turburări ale sensibilităţii generale şi motilităţii generale, febră, crampe muşchiulare şi erupţiuni cutanate. S'a semnalat accese de transpiraţie, accese de hipersecreţie nazală, crize de sialoree.

In genere maladia prezintă tipul clasic al celor 3 perioade; iar în unele cazuri vechi paralizia poate să nu retrocedeze complet ci să devină mai intensă în timpul crizelor; alte ori maladia începe prin accese periodice de dureri fără paralizie, paralizia neintrând în ciclu decât mai târziu după câteva luni şi chiar ani.

Migrena oftalmoplegică cum am spus e mai frequentă la femee şi se arată în general în timpul copilăriei.

Afecţiunea n'are nici-o tendinţă la vindecare; din contră accesele devin adesea mai frecvente şi paraliziile de unde la început erau trecătoare devin permanente.

Anatomie patologică şi patogenie.

In literatura medicală, cazurile letale şi urmate de autopsie sunt în număr de nouă.

La bolnavul lui Gubler publicat în gazette des Hopitaux No. 17 Jeudi 17 Fevrier 1860, s'a găsit meningită a basei; produse plastice înconjurând origina nervului motor-ocular-comun drept, întinzându-se la chiasma; sufusiune sanguină pe cele 2 părţi ale bulbului. După examen Gubler diagnostică o leziune având sediul la baza encefalului şi interesând superficial pedunculul cerebral drept şi origina celei de a III pereche dreaptă, cum şi a celei de a VI pereche dreaptă, bolnavul neputând duce globul în afară. Contracţia pupilei s'ar datori abolirei funcţiunilor marelui simpatic de partea dreaptă.

După leziunile cicatrizate de pe faţă, Gubler crede că această paralizie ar fi de natură traumatică;

Weiss găsì grunulaţiuni tuberculoase la nivelul originei aparente a nervului motor-ocular-comun.

Richter descoperi pe oculo-motor-comun, la întâlnirea unde traversează dura mater, un fibro-condrom, care dilacerase fibrele nervului, fără să le distrugă;

Bolnavul lui Karplus prezenta un neuro-fibrom situat sub dura-mater şi înjghebând fibrele nervului motor-ocular-comun, iar acela al lui Shionoya prezenta de asemenea un neuro-fibrom.

Eichen, cu pachimeningită hemoragică a bazei.

Wilbrand, fibrom pe traectul perechii a III-a.

Saenger, anevrism al trunchiului bazilar.

Dubays, hiperemie meningeană.

Din aceste cazuri ne întrebăm care-i sediul anatomic al leziunei?

După datele culese la autopsie ar fi vorba de o leziune bazală, şi din acest punct de vedere Wilbrand şi Saenger in Neurologie des auges 1921 consideră paralizia recidivantă ca o leziune organică a nervului oculo-motor, cu sediul la bază; se 'ntreabă apoi dacă prezenţa unei tumori bazale nu este numai accidentală şi că dacă între perechea III şi oftalmic nu există o legătură anatomică necunoscută încă, deoarece

s'a constatat că motorul-ocular-comun e prins în afecțiunile trigemenului; așa în herpes zoster oftalmic pe cari numiții autori o consideră ca o afecțiune a ganglionului lui Gasser s'au observat paralizii ale musculaturii ochilor.

Flatau consideră paralizia recidivantă ca un sindrom datorit unei diateze neurotoxice înnăscute. Rolul glandelor cu secreție internă considerându-l secundar. Moebius, Brissaud, Pflüger, von Hasner, Leavitt cum și Flatau și Saenger admit existența și a unor leziuni nucleare.

Mingazzini crede că pe lângă leziunile nucleare sunt și leziuni fasciculare, Schmidt, Rimpler, Mauthner, Manz, Danis, cred că e vorba de o leziune bazală.

Marino, Massolongo și von Romunde cred că este o leziune periferică.

După Senator e vorba de turburări funcționale în circulație când fenomenele paralitice dispar și turburări organice când fenomenele paralitice persistă.

O turburare funcțională, o hiperemie locală, anomalii vasculare, pot să lucreze asupra centrilor sau asupra nervului după cum se admite origina nucleară sau periferică a afecțiunei.

Berheimer, bazându-se pe cazurile autopsiate, crede că exudatele, tumorile, periostitele bazei și ale fantei orbitare pot să influențeze nervul oculo-motor-comun și nervul oculo-motor-extern. Fluctuațiunile în creșterea tumorei, schimburile de consistență ale exudatului, diminuarea sau mărirea periostitei pot fi cauza recidivelor.

In ipoteza lui Charcot paralizia periodică a nervilor motori ai ochilor este asociată cu migrena, și n'ar fi decât o modalitate a migrenei. Un spasm vascular oprește fluxul sanguin către centri și nervi și provoacă o paralizie; sau că nervii arterelor, sunt paralizați și replețiunea vaselor produce o compresiune a nervilor. In sprijinul parentății intime între migrena simplă și migrena oftalmoplegică, există cazuri în cari accesele de migrenă simplă se complică ulterior de fenomene paralitice și altele în cari unele accese se prezintă în mod unic sub forma dureroasă, iar altele sub forma dureroasă și paralitică.

Migrena simplă nu-i localizată la o jumătate a capului

a doua din contră este hemicraniană, durerile mai atroce, se întind departe.

Moebius și Mingazzini combat această părere a lui Charcot, spunând că migrena simplă și migrena oftalmoplegică sunt 2 stări morbide absolut distincte.

Migrena simplă nu apare decât la pubertate în clasa cu stare, este hereditară și încetează cu vârsta: migrena oftalmoplegică apare în primul an al copilăriei în clasa săracă, nu-i hereditară și se accentuează cu vârsta.

Posey, Combs, Knapp au invocat o sinusită sfeno-etmoidală iar Van Zadelhoff malaria, iar mai recent 1922. J. Sedan dă un caz nou.

De asemenea s'a atribuit drept cauză auto-intoxicațiunile și Visserling a fost acela care a spus că o îngrămădire de toxine în organism pot fi cauza migrenei oftalmoplegice.

In cazul lui Klinedinst analiza urinelor revela prezența indicanului și accesele erau totdeauna precedate de constipație. Klinedinst crede că poate să atribue drept cauză a maladiei o turburare vasomotorie datorită unei autotoxine prin putrefacție intestinală. Scalinci raportează 2 cazuri însoțite de fenomene uremice nete; recidiva ar fi datorită unei acumulări de substanțe toxice.

Brav descrie un caz bizar de paralizie recidivantă a nervului oculo-motor-extern, în care primul acces survine după prima naștere și era însoțit de o erupție de orgelete repetate; toate simptomele dispăreau după șase săptămâni.

Un an mai târziu în urma unei a doua nașteri prezenta hemicranie și o serie de orgelete fără paralizie: trei ani mai târziu în urma nașterei a treia apărură grețuri, hemicranie, orgelete și paralizia dreptului extern. Brav crede că-i vorba de o toxină puerperală.

M. Danis dă observațiunea unui caz personal începând cu crize de migrenă dreaptă la vârsta de 13 ani și urmate de accese de diplopie, cu pauze la început de câteva luni iar mai târziu maximum o lună, fără să prezinte turburări în nutriția generală.

E vorba zice Danis de un caz de paralizie recidivantă a nervului motor-ocular-extern și ar fi al 8-lea caz semnalat.

Analiza urinelor a pus în evidenţă una din cauzele posibile ale afecţiunei. Care-i însă însemnătatea prezenţei derivaţilor indoxilici şi scatolici în urină? Aceşti corpi provin din putrefacţia microbiană a alimentelor azotate în intestin şi derivă în mod unic din albumină şi produsele sale de descompunere, cu excluderea hidraţilor de carbon şi a materiilor grase; cantitatea lor în urină este proporţională cu cantitatea de albumină ingerată; mărindu-se prin alimentaţie carnată şi diminuând prin alimentaţie vegetală. Prezenţa derivaţilor indoxilici şi scatolici în urină arată că există în intestine fenomene de putrefacţie microbiană a materiilor albuminoide cu formare de enterotoxine. Aceste produse de descompunere sunt eliminate prin diferite emonctorii; dacă producţia lor depăşeşte limita puterei de eliminare se va produce o auto-intoxicaţiune de origină intestinală. Aceste entero-toxine se acumulează în organism şi pot să irite diferite organe: acumularea determină la intervale diferite crize de eliminare.

Auto-intoxicaţiunea intestinală a fost recunoscută drept cauză a diferitelor stări patologice periodice ca: sialoreea periodică, crize biliare, crize de tachicardie paroxistică, nevrosele reflexe ale lui Rosenbach, febra intermitentă gastro-intestinală, crize de migrenă, de migrenă paroxistică, crize pseudo-epileptice.

Se ştie că otrăvurile de origină endogenă şi turburările digestive sunt cauzele motilităţii oculare altele decât migrena oftalmică. In cazul lui Danis există desigur fenomene de putrefacţie intestinală după cum arată prezenţa derivaţilor scatolici şi indoxilici în urină; de altă parte suprimarea regimului carnat după cum ne spune a adus o ameliorare, căci după un an fenomenele dureroase şi paralitice s'au micşorat ca intensitate, frequenţă şi durată. Nu trebue însă să uităm că Charcot citează diferite cazuri unde fenomenele dureroase şi paralitice au încetat brusc, fără nici un tratament, timp de ani.

In cazul lui Danis însă e vorba de o auto-intoxicaţie de origină carnată.

Mecanismul intim scapă simţurilor noastre şi se poate zice Danis, că aceste enterotoxine să lucreze direct pe nu-

cleul central al nervului unde provoacă o turburare funcţională a vaselor cari irigă nucleul de origină a celei de a VI pereche ce se găseşte sub planşeul ventricolului al patrulea imediat în afara tijei calamusului la nivelul eminenţei teres iar înaintea lui găsindu-se ceva mai profund nucleul accesoriu.

In cazul lui Morgano şi unul al lui Klinedinst paralizia părea a fi în legătură cu menstruaţia, apărând odată cu aceasta.

Mironescu referindu-se la un caz personal, în care paralizia apărea cu accesele de febră recurentă, admite o hemoragie în zona nucleului oculo-motor şi înmulţirea de spirocheţi în acest loc la fiecare atac febril.

Souques admite drept cauză o leziune foarte probabil a peretelui extern a sinusului cavernos, căci aci perechea III, V şi a VI sunt foarte aproape una de alta. Periodicitatea atacului o explică printr'o idiosincrazie moştenită sau căpătată şi o diateză coloido-clazică.

Marin Amat, referindu-se la un caz personal cu anevrism al aortei crede că o cauză a afecţiunei ar fi un anevrism al carotidei; referindu-se la alte cazuri consideră tuberculoza ca având un rol important în etiologia afecţiunei; iar sediul trebue căutat în ganglionul lui Gasser.

Sedan, crede că diferite infecţiuni pot ocaziona turburări migrenoase şi paralizii oculare.

Un traumatism al craniului poate produce d'asemenea afecţiunea, Karplus şi Warschowski dându-ne astfel de exemple pe care le citează Wilbrand şi Saenger.

Bielschowsky crede că procesul morbid ar fi în regiunea nucleului, proces ce ar evolua sub influenţa unei scleroze multiple.

In tratatul de Oftalinologie 1923 al lui F. de Lapersonne şi A. Cantonnet la capitolul migrenei oftalimoplegice scriu: pentru unii autori migrena oftalmoplegică ar fi de natură funcţională şi datorită unei vaso-constricţii; pentru majoritate ea este simptomatică unei leziuni organice, cu sediul într'un punct nedeterminat, probabil la nivelul traectului intra-arachnoidian, a celei de a III pereche de nervi şi a V-a.

S'au văzut adesea migrene oftalmoplegice să fie simptomul iniţial al unui tabes, al unui sifilis cerebral sau menin-

gecan şi să se 'ntovărăşească de neoplasme sau hemoragii. Examenul lichidului cefalo-rachidian a fost negativ în unele cazuri unde s'a practicat. Din acest punct de vedere şi Charcot se pare că bănuia un sifilis acolo unde nu găsea nici un stigmat clinic, recomandând medicaţiune iodurată şi mercurială ca dând bune rezultate. Din cele văzute până acum, să revenim la cazurile noastre:

OBSERVAŢIUNEA I.

Bolnavul I. O. de 35 ani, bucătăreasă intră în clinica oftalmologică dela spitalul Colţea în ziua de 4 Iulie 1922 prezentând ptoză a ochiului stâng şi diplopie, datând de 8 zile.

Turburări similiare a mai avut bolnava în primăvara anului 1920 când a fost internată într'un spital din Gratz în Austria.

Turburările de atunci au început cu cefalalgie, mai ales frontală, violentă, greaţă, vărsături, iar a treia zi a apărut ptoza pleoapei superioare stângi şi diplopie. Durerile de cap au mai continuat cinci săptămâni. Ptoza şi diplopia au dispărut treptat după două luni.

Bolnava a fost supusă unui tratament balnear.

Dela dispariţia acestor turburări a fost perfect sănătoasă până acum 8 zile când a reapărut ptozisul şi diplopia tot la ochiul stâng.

Cu câteva zile înainte a avut cefalalgii violente localizate mai ales în hemicraniul stâng, cefalalgii însoţite de greaţă şi vărsături. A fost câteva zile în spital la Ploeşti de unde a venit aci.

Stare prezentă. Bolnava acuză încă cefalalgii dar mai reduse şi cu perioade de intermitenţă. De asemenea greaţă.

Nimic din partea polului anterior.

Pupilele de dimensiuni normale, reacţionează bine atât la lumină cât şi la acomodaţie convergenţă.

Nimic din partea fundului ochiului.

Ochiul drept are musculatura normală şi toate mişcările se execută în bune condiţiuni.

Ochiul stâng prezintă pleoapa superioară complet ptozată, acoperind complet cornea şi solicitând puternic ridicătorul pleoapei, este posibil a se descoperi $^1/_2$ din cornee.

Acuitatea vizuală şi câmpul vizual normal la ambii ochi.

Acomodaţiunea normală la ambii ochi. Globul ocular stâng în strabism extern, excursiunea lui înăuntru complet abolită. In sus în jos şi în afară mult diminuată. (Câmpul de escursiune intern la 0°, extern sus şi jos 15°).

Diplopie homonimă în stânga, cu îndepărtarea imaginilor, diplopie încrucişată în dreapta cu îndepărtarea imaginilor, de asemenea şi di-

plopie în verticalitate. Nimic apreciabil cardio-pulmonar. Nimic apreciabil din partea sistemului nervos. Reacţiunea Wasserman intens pozitivă în sânge.

Lichidul cefalo-rachidian hipotensiv, Wasermann negativ şi Nonne Apelt nu are limfocitoză.

In partea supero internă a gambei drepte o leziune ulcerată interesând şi osul (gomă). Leziunea datează de 5 ani şi bolnava declară c'a suferit aci patru intervenţiuni în timp de 5 ani în Austria. Se stabileşte diagnosticul de paralizie recidivantă interesând motorul-ocular-comun (numai musculatura externă) şi motorul-ocular-extern.

Având în vedere reacţiunea Wassermann cât şi leziunea gambei se prescrie tratament antisifilitic; la 2 zile injecţiuni intravenoase cu cyanur de hg. 0 gr. 02 pe centimetru cub de apă distilată.

După a IV injecţiune se constată că leziunea gambei e mult modificată, parte cicatrizată şi secreţiunea mult redusă. Cefalalgiile mai rari şi mai slabe, greaţa şi vărsăturile au încetat complet.

Turburările oculo-motorii persistă; totuşi pleoapa se poate ridica ceva mai mult.

După a X-a injecţiune se constată completa vindecare a ulceraţiei dela gambă. Ptosisul pe cale de dispariţie, persistă diplopia şi strabism. După a XII-a injecţiune se suspendă tratamentul, bolnava prezentând stomatită mercurială.

10 August. De 4 zile din nou cefalalgie, şi a vărsat odată. Ameliorarea turburărilor musculare se menţine. Ptosisul complet dispărut, persistă foarte uşor strabism divergent (Unghiul de deviaţie strabică de departe 15°).

Excursiunile globului stâng în toate direcţiunile normale. Persistă diplopie omonimă în dreapta, încrucişată în stânga. Imaginile se îndepărtează mai ales în verticalitate sus şi la stânga. (Dreptul superior stâng).

29. August. Se concediază. Escursiunile globilor normale. Bolnava nu mai acuză de loc diplopie, totuşi în camera obscură se mai poate evidenţia o uşoară diplopie ceva mai accentuată în stânga. Bolnava este revăzută în Iunie 1923. Dela ieşirea din spital 1922 a fost sănătoasă. Escursiunile globilor perfect normale; pleoapa superioară stângă în poziţiune normală. Nu se mai poate pune în evidenţă diplopia.

OBSERVAŢIUNEA II.

Bolnavul I. P. de 26 de ani, elev al şcoalei de silvicultură intră în serviciu la 10 Ianuarie 1923 acuzând diplopie.

Antecedente. Scarlatină la 19 ani, scorbut la 1918, neagă sifilisul. Antecedente heredo-colaterale fără importanţă.

Istoricul boalei. In primăvara anului 1919 i-au survenit dureri de cap în hemicraniul stâng, mai accentuate în regiunea frontală, însoţite de vărsături şi transpiraţiuni profuse. A doua zi după dureri a

observat că pleoapa stângă e complet ptozată. Durerile de cap şi ptoza au durat opt zile, după care timp ochiul a 'nceput să se deschidă din ce în ce mai mult. Globul era deviat în afară şi avea diplopie. După 28 de zile diplopia a dispărut şi ochiul a revenit la normal, pleoapa complet ridicată.

In 1920 aceleaşi fenomene din nou survin la ochiul stâng şi dispar după 28 de zile. In Ianuarie 1922 survine din nou un atac violent identic.

Toate fenomenele îi dispar în timp de o lună dar rămâne cu inegalitate pupilară şi imposibilitatea de a ceti cu ochiul stâng. La primul atac a făcut injecţiuni cu biodur de mercur apoi a luat iodur de potasiu. La celelalte atacuri n'a urmat nici un tratament.

Stare prezentă. Ochiul drept complet normal.

Ochiul stâng prezintă pupila mai mare ca dreptul, aproape dublă, nereacţionând nici la lumină nici la acomodaţie convergenţă.

Refracţia la ambii ochi emetrop.

Bolnavul nu poate ceti cu ochiul stâng decât cu + 4 dioptrii (paralizia acomodaţiei ochiului stâng).

Nimic din partea fundului ochilor. Vederea la ambii ochi normală, asemenea şi câmpul vizual.

Ambii ochi în poziţiune normală, escursiunile ochiului stâng au o uşoară limitare supero-externă. Ochiul drept normale. Diplopie încrucişată, apărând numai în verticalitate, mai accentuată în stânga (pareza dreptului superior stâng).

Examenul general arată o bradicardie evidentă. (54 pulsaţiuni pe minut).

Nimic pulmonar. Tensiunea arterială maximă $11^1/_4$ minima 7. Uşor dermografism.

Reflexele păstrate, afară de abolirea celui faringian. Sensibilitatea normală. Reacţiunea Wassermann în sânge negativ. Nimic patologic în lichidul cefalo-rachidian. Wassermann negativ.

19 Ianuarie. Bolnavul părăseşte spitalul, 20 Martie 1923. Revine din nou la consultaţiuni declarând că turburările pentru care fusese în spital au dispărut în luna Februarie, iar de vr'o 5 zile au apărut din nou cu cefalalgii violente, greaţă, vărsături, diplopie şi ptosă completă a ochiului stâng.

Se constată o paralizie completă a motorului-ocular-comun stâng interesând acum atât musculatura internă cât şi externă.

Din cercetarea acestor două observaţiuni diagnosticul de paralizie recidivantă se impune. De asemenea caracterul paraliziilor precedate de perioada de dureri de cap, vărsături, greaţă şi apariţiunea turburărilor în acelaş mod la intervale de timp sunt tipice migrenei oftalmoplegice.

In prima observaţiune este interesat atâta perechea III-a cât şi a VI-a; participarea primului nerv e după cum am arătat obişnuită, participarea celui de al doilea e foarte rară.

In privinţa paraliziei motorului-ocular-comun din prima observaţiune, relevăm că atingea numai musculatura externă, sfincterul pupilar şi acomodaţiunea fiind intacte.

In a doua observaţiune nervul atins era numai motorul-ocular-comun, însă tot parţial, aci paralizia predominând asupra musculaturei interne (sfincter şi acomodaţiune) iar din musculatura externă era prinsă numai ramura dreptului superior.

In privinţa etiologiei turburărilor în cazurile noastre nu avem nici un element pentru a o stabili în mod indubitabil.

Faptul că prima bolnavă era evident sifilitică (W. †. †. †. leziune gomoasă a gambei) nu ne poate face să considerăm şi turburările nervoase de aceeaşi natură, de oarece lichidul cefalo-rachidian nu prezenta nici o modificare de ordin citologic sau biologic.

De asemenea examenul general şi particular al sistemului nervos, nu a arătat vr'o lesiune.

La bolnavul al doilea sifilisul putea fi cu certitudine exclus.

De asemenea atât examenul general cât şi particular al sistemului nervos nu ne-a arătat nimic.

CONCLUZIUNI

1) Paralizia recidivantă a oculo-motorilor este o afecţiune rară. Ea debutează în copilărie sau tinereţe, recidivele ei putându-se continua până la vârstele cele mai înaintate.

2) Paraliziile recidivante a oculo-motorilor sunt precedate în totdeauna de cefalalgii cu caracter hemicranian, greaţă şi vărsături.

3) Muşchii atinşi, în rândul întâiu ca frequenţă sunt: motorul-ocular-comun; mult mai rar abductorul şi pateticul.

4) Paralizia motorului ocular comun de cele mai multe ori e parţială; ea poate interesa fie musculatura internă, fie cea externă; în unele cazuri se poate prinde pe lângă musculatura internă una sau mai multe ramuri ale celei externe.

5) Prognosticul este în general favorabil.

6) Etiologia şi patogenia afecţiunei e încă obscură şi prea puţinele cazuri urmate de necropsie, fac să se admită ca probabile leziuni organice, cu sediul bazal sau nuclear.

7) Etiologia sifilitică a afecţiunei nu e dovedită, deşi în multe cazuri există totdeodată şi această infecţiune.

8) Diverse tratamente încercate de autori nu par a influenţa evoluţia boalei.

Văzută şi bună de imprimat:

Preşedintele tezei, **Decanul Facultăţei,**

Prof. Dr. D. Manolescu **Prof. Dr. M. Minovici**

BIBLIOGRAFII

M. Gubler. Gazette des Hopitaux No. 17, 1860.

Ormerod. Brain 1883.

Von Hasner. Periodische wiederkierende Okulomotorlähmung. Prag. Med. Wochschr. 1883.

Pflüger. Ueber periodische Nucleärlahmung Vers. deutsch. Natur et Aertze 1885.

Weiss. Ein Fall von periodische auftretener totaler linkseitiger Okulomotorlähmnug. Wiener med. Wochenschr. 1885.

Moebius. Ueber periodische wiederkierende Okulmotorlähmung. Neurol. centralblatt 1885.

Richter. Ein Fall von tipisch recidivierende Okulomotorlähmung mit section befund. Arh. f. Psich. 1887.

Senator. Ueber periodische wiederkierende Okulomotorlähmung. Zeitschr. f. Klin. Med. 1887.

Visserling. Ueber periodische Okulomotorlähmung. München med. Wochenschr. 1889.

Charcot. Clinique des maladies du système nerveux 1892.

Mauthner. Die Lehre der Augenmuskelnlähmungen. Wiener med. Wochenschr. 1890.

Massolongo. Dell emicrania oftalmoplegica periodica. Riforma med. 1891.

Kombs Knapp. Boston med. Journal 1894.

Marina. Ueber multiple Augenmuskellähmungen 1896.

Mingazzini. La paralysi recidivante dell nervo-oculomotorio 1897.

Karplus. Ein Fall von Migraine mit Augenmuskellähmung Neurol. centralblatt 1898.

Bernheimer. In Graefe-Saemich.

Veasey. Ophtalmoplegie migraine involving the abducens nerve. Ophtalmie Record. 1909.

Flatau. Die Migraine 1912.

Schmiat-Rimpler. Spec. Patologie und Therapie.

Klinedinst. Recurrent the nerve paralysis Ophtalmology 1912.

Scalinci. Su di una paralisi recidivante dell oculio-motori in sujetti uremici. Gazette intern. med. et. chir. 1912.

Posey. Discussion cas de Klinedinst Ophtalmology 1912.

Saenger. Zur neurologie des Auges Aerzt Vereins Hamburg 1912.

Brav. Ophatalmoplegie migraine with recurrent paralysis of the right external musel. folloving parturition. Journal. Amer. med. Assoc. 1913.

Van Romunde. Over aphtalmoplegische migraine. Ned. Tysschr. voor Geneesk. 1915.

Van Zadelhoff. Discussion article von Romunde Nederl. Tysschr. voor Geneesk. 1915.

Leavit. Recurrent paralysis of the right abducens nerve. Arch. Of. Opht. 1917.

Leavit. Recurrent paralysis of the right abducens nerve. Arch. Of. Opht. 1920.

Giffo. Sur un cas de Migraine Ophtalmoplegique. Arch. d'Opht. 1920. Revue Neorologique idem 1921, 1920 *M. Danis.* Annales d'oculistipue.

Wilbrand und Saenger. Neurologie des Auges 1921.

F. de Lapersonne et A. Cantonnet 1923.

Wohlwill. Periodische Oculomotoriuslähmung.

Arztl. Hamburg 1921. Referat in Arhiv für Augenheilkunde Band 90.

Referate in Zentralbatt für die gesamte Ophtalmologie. Band 7,8, 9.

Bistis. Sur un cas de paralysie récidivante du moteur oculaire communn. Grèc méd. 1921.

Mironescu. Paralysie périodique d'oculomoteur provoqué par les accès de fièvre recurrente. Prèsse méd. 1922.

Souques. Un cas de migraine Ophtalmoplégique. Société méd. des Hopitaux Paris 1922.

Marin Amat. Paralysie rècidivante d'oculo-moteur, Annales de l'Académie éspan. 1922.

Idem. In Arh. de Oft., Hispano-Americ. 1922.

Idem. In Rev. Cubana de Oft., 1922.

Bretagne. Apropos d'un cas de migraine ophtalmoplégique. Rev. méd. de l'est 1922.

J. Sedan. Migraine Ophtalmoplégique d'origine *paludique.* Marseille méd. 1922

H. Claude. Pathologie interne. Bibl. Gilbert et Fournier 1922.